



EDITORIAL

Artículo bilingüe inglés/español

Adherencia a los tratamientos biológicos: un equilibrio entre necesidad y preocupación

Adherence to biologic treatments: a balance between need and concern

Mónica Vázquez-Díaz, Javier Bachiller-Corral

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Autor para correspondencia

Mónica Vázquez Díaz
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Ramón y Cajal
Ctra. Colmenar Viejo, km. 9, 100,
28034 Madrid, España

Correo electrónico:
monicavazquezdiaz@yahoo.es

Recibido el 3 de junio de 2019;
aceptado el 10 de junio de 2019.

DOI: 10.7399/fh.11289

Cómo citar este trabajo

Vázquez-Díaz M, Bachiller-Corral J. Adherencia a los tratamientos biológicos: un equilibrio entre necesidad y preocupación. Farm Hosp. 2019;43(4):119-20.

"Perder la propia individualidad y convertirse en un mero engranaje de una máquina está por debajo de la dignidad humana."

Gandhi

La adherencia a los tratamientos es un proceso complejo en el que están involucrados más de 250 factores relacionados con el individuo, la enfermedad y el sistema sanitario. La Organización Mundial de la Salud considera que *"en todas las enfermedades la adherencia es el factor modificable más importante que compromete los resultados del tratamiento"*. Según un informe de esta misma organización, se estima que en los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos en las enfermedades crónicas está en torno a un 50%, un porcentaje que ha permanecido invariable en los últimos 30 años¹.

De forma práctica se suele clasificar la no adherencia en dos categorías superpuestas: la no intencionada (olvido de la medicación, no comprensión de las instrucciones, falta de recursos económicos, etc.) y la intencionada, que es la que decide el paciente en base al balance entre las creencias de necesidad de la medicación y la preocupación por los efectos adversos (marco de necesidad-preocupación de Horne y Weinman)².

Numerosos trabajos muestran que las creencias de necesidad más fuertes, medidas con el Cuestionario de creencias sobre medicamentos, se asocian a una mejor adherencia, mientras que las creencias de preocupación se relacionan con una disminución de la adherencia. Con cada aumento de una desviación estándar en las creencias de necesidad, las probabilidades de adherencia se multiplican por 1,7, mientras que el mismo aumento en preocupaciones multiplica por 2 la disminución de probabilidades de adherencia³.

El National Institute for Health and Care Excellence elaboró en 2009 una guía clínica de adherencia a los medicamentos⁴, cuya norma básica es la atención sanitaria centrada en el paciente. En función de esta directriz, establece en sus principios fundamentales la adaptación del estilo de consulta médica a las necesidades de los pacientes, con recomendaciones de intervenciones individualizadas, la monitorización periódica de las preocupaciones respecto a la medicación y las percepciones de necesidad.

En los últimos 40 años se han publicado numerosos estudios de eficacia de diferentes estrategias destinadas a incrementar la adherencia a los tratamientos en varias enfermedades crónicas, con resultados contradictorios.

No obstante, un metaanálisis reciente de 711 de dichos estudios evidencia que sólo aquellos planteamientos basados en el hábito y comportamiento de los pacientes, la dispensación presencial por parte del farmacéutico y el cumplimiento con las visitas a su médico, se relacionaron con una mejor adherencia⁵.

Los tratamientos biológicos han supuesto una alternativa terapéutica eficaz en las artropatías inflamatorias crónicas (artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante), para aquellos pacientes en los que no se consigue la remisión con los fármacos modificadores de la enfermedad químicos. Son fármacos de dispensación hospitalaria, administración subcutánea o intravenosa y de alto coste.

No existe un consenso sobre la definición específica de adherencia para los tratamientos biológicos en las diferentes artropatías inflamatorias crónicas ni una medida estándar de referencia. Existen múltiples métodos de medida (cuestionarios autorreferidos, registros de dispensación o dispositivos electrónicos), pero ninguno posee una buena sensibilidad de forma aislada, por lo que se recomienda la combinación de varios métodos. En este sentido, las medidas más utilizadas son la ratio media de posesión de medicamento, con un umbral de adherencia superior al 80% o al 90% según los autores, junto con el test de Morisky-Green, basado en un cuestionario de cuatro preguntas⁶. En la artritis reumatoide se ha descrito una adherencia a estos tratamientos que varía entre el 11% y el 88%, según los estudios y la metodología de medida utilizada⁷.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia
Articles published in this journal are licensed with a
Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
La revista Farmacia no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco por la publicación de sus artículos.

Asimismo, un estudio reciente realizado en Canadá⁸ demuestra una adherencia del 78% para los fármacos biológicos antifactor de necrosis tumoral subcutáneos en el global de las artritis inflamatorias crónicas. De todos ellos, el golimumab (administración mensual) fue el que obtuvo tasas de adherencia significativamente más elevadas. Sin embargo, se debe tener en cuenta que, si bien la mayor tasa de pérdida de adherencia es en los primeros seis meses de tratamiento, en este estudio el paciente tenía que llevar dos años con el tratamiento para ser incluido.

En el actual número de *Farmacia Hospitalaria* se publica un estudio observacional retrospectivo realizado por N. Martínez y col., en el que se analiza la adherencia a los tratamientos biológicos (intravenosos y subcutáneos) en 362 pacientes con artropatías inflamatorias crónicas mediante la evaluación de la ratio media de posesión de medicamento⁹. Los resultados muestran una adherencia global del 89%, sin diferencias significativas entre las tres enfermedades. En concordancia con las conclusiones del metaanálisis de Conn VS mencionado anteriormente, la adherencia también parece estar significativamente relacionada con las visitas al servicio de farmacia, e inversamente relacionada con las ausencias a las consultas de reumatología. Es de destacar, además, que con un umbral de adherencia del 80% no se evidenció un mayor consumo de recursos por parte de los no adherentes (hospitalizaciones, visitas a urgencias y/o más consultas), aunque no se registraron los datos de actividad en las diferentes enfermedades. Trabajos publicados en artritis reumatoide con fármacos modificadores de la enfermedad no biológicos evidencian que los pacientes en remisión o con menor actividad de la enfermedad tienen creencias más débiles sobre la necesidad de la medicación, lo que se asocia a una menor adherencia¹⁰.

En general, son escasos los estudios publicados sobre la eficacia de diferentes intervenciones para mejorar la adherencia en las enfermedades reumáticas, y sus resultados muestran un efecto inconsistente de la no adherencia en el resultado de la enfermedad. La experiencia en otras enfermedades crónicas con la utilización de dispositivos electrónicos (aplicaciones móviles, recordatorios por SMS, etc.) para mejorar la no adherencia no intencionada parece prometedora. Sin embargo, evitar la no adherencia intencionada conlleva una mayor complejidad, ya que requiere un cambio más profundo en la relación médico-paciente, en la que los pacientes educados y capacitados trabajen de forma conjunta con los profesionales en un sistema sanitario menos rígido.

Por ello, las estrategias para mejorar la adherencia en estas enfermedades probablemente deberían estar centradas en la educación, la toma compartida de decisiones y en la autogestión de los pacientes, junto con

una motivación continua por parte de los profesionales en base al conocimiento de las circunstancias particulares de cada individuo (su entorno, sus creencias respecto a la enfermedad, sus miedos, su disponibilidad de tiempo, su situación laboral, etc.).

Las tendencias en políticas de salud en los últimos años enfatizan la necesidad de empoderar al paciente, asociando a ello mejores resultados en salud y mejor uso de los recursos. Sin embargo, este modelo requiere un cambio real en los sistemas sanitarios, que sigan centrados en un concepto asistencial biomédico. En el entorno actual, un paciente empoderado que considerara que tiene controlada su enfermedad en base a su esquema personal y expectativas (mantiene su actividad personal, social y laboral de forma normal), puede intentar reducir o suspender el tratamiento biológico por miedo a los efectos secundarios, de los que es conocedor, porque también es conocedor de que los reumatólogos utilizamos la estrategia de espaciar dosis en casos de baja actividad o remisión. Para el médico esto sería un caso de no adherencia, pero ¿y si el médico hubiera explorado todas estas circunstancias de su paciente, hubiera tenido tiempo y disposición de conocerlas y, por consiguiente, el cambio terapéutico hubiera sido consensuado?

Un estudio reciente realizado en artritis psoriásica¹¹ pone de manifiesto una importante discordancia en cuanto al concepto de remisión que tiene el reumatólogo, basado en índices multidimensionales de actividad, respecto al del paciente. Sería razonable pensar que la percepción de necesidad de tratamiento, si se hubiera analizado en este estudio, también habría mostrado discordancia.

Se han implantado diferentes estrategias en los hospitales para mejorar la adherencia a los tratamientos de dispensación hospitalaria, entre ellos los biológicos, tanto por parte de los servicios de farmacia mediante la implantación de consultas monográficas de dispensación¹², como de reumatología con la implantación de consultas de enfermería y hospitales de día monográficos. Aun así, estas iniciativas tienden a tener un enfoque paternalista con el que fundamentalmente se pretende la adaptación de los pacientes a un sistema de atención sanitaria rígido.

La toma de decisiones en medicina está basada en esquemas probabilísticos plasmados en protocolos y/o guías clínicas que no tienen en cuenta la individualidad¹³, o, como decía Ortega y Gasset, al "individuo y sus circunstancias". En consecuencia, se siguen buscando modelos eficaces en grupos de pacientes seleccionados para aplicarlos de modo universal, sin tener en cuenta que la sociedad evoluciona cada vez más hacia la consideración del individuo y su libertad de decisión.

Bibliografía

- World Health Organisation. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organisation; 2003.
- Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res.* 1999;47: 555-67.
- Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: A meta-analytic review of the necessity-concerns framework. *PLoS One.* 2013;8(12):e80633. DOI: 10.1371/journal.pone.0080633
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence CG76. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
- Conn VS, Ruppert TM. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2017;99:269-76.
- Calleja MA, Herrero A, Lamas MJ, Martínez J, Poveda JL, Aragón B. Pharmacotherapy follow-up of patients under treatment with biologic agents for chronic inflammatory systemic conditions: an agreement among hospital pharmacists for the standardized collection of a minimum set of data. *Farm Hosp.* 2017;41(1):31-48.
- Tkacz J, Ellis L, Bolge SC, Meyer R, Brady BL, Ruetsch C. Utilization and adherence patterns of subcutaneously administered anti-tumor necrosis factor treatment among rheumatoid arthritis patients. *Clin Ther.* 2014;6:737-47.
- Bhoi P, Bessette L, Bell MJ, Tkaczyc C, Nantel F, Maslova K. Adherence and dosing interval of subcutaneous antitumor necrosis factor biologics among patients with inflammatory arthritis: analysis from a Canadian administrative database. *BMJ Open.* 2017;7(9):e015872. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-015872
- Martínez-López de Castro N, Álvarez-Payero M, Samartín-Ucha M, Martín-Vila A, Piñero-Corralles G, Pego Reigosa JM, Grupo de Trabajo IRIDIS. Adherencia a las terapias biológicas en pacientes con artropatías inflamatorias crónicas. *Farm Hosp.* 2019;43(3):134-139.
- Zwikker HE, van Dulmen S, den Broeder AA, van den Bemt BJ, van den Ende CH. Perceived need to take medication is associated with medication non-adherence in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Prefer Adherence.* 2014;8:1635-45.
- Gorlier C, Orbai AM, Puyrion-Zemmour D, Coates LC, Kiltz U, Leung YY, et al. Comparing patient-perceived and physician-perceived remission and low disease activity in psoriatic arthritis: an analysis of 410 patients from 14 countries. *Ann Rheum Dis.* 2019;78:201-8.
- Margusino-Framiñán L, Cid-Silva P, Martínez-Roca C, García-Queiruga M, Fernández-Gabriel E, Mateos-Salvador M, et al. Implementation of specialized pharmaceutical care hospital outpatient clinics in a hospital pharmacy department. *Farm Hosp.* 2017;41(6):660-6.
- Montori VM, Brito JP, Murad MH. The optimal practice of evidence-based medicine: incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA.* 2013; 310(23):2503-4.